

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALA DEL E. Serv. Integrado de Servicios de Salud Sur E.S.E.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E	
	AUTORIZACIÓN VERIFICACIÓN DE TÍTULOS	CO-OPS-FT-08 V3

Bogotá D.C 12 de octubre de 2024

Señores: **CORPORACION TECNICA EMPRESARIAL PARA EL TRABAJO.**

Por medio de la presente, yo **YEIDY CAROLINA CLAVIJO LEON**, identificado con número de documento **1022978390**, autorizo a la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E para que realice la respectiva verificación de la información académica de mi hoja de vida, lo anterior con fines de habilitación y demás procesos internos de la entidad en lo referente a corroboración de la información.

Título Académico: **AUXILIAR EN ENFERMERIA**

Cordialmente,

Yeidy Carolina Clavijo León

Nombre: **YEIDY CAROLINA CLAVIJO LEON**

No. Documento: **1022978390**

Teléfono: **3052941167**

Huella



Nota: Se debe diligenciar por cada título académico presentado.